Lane Medical Libra

Ein Beitrag zur Casuistik der doppelseitigen Wandernieren.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 24. März 1896

Mittags 12½ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Clemens Zumbroich

aus Westfalen.

Opponenten:

Herr Dr. C. Canstein, Assistenzarzt a. d. med. Poliklinik.
Herr cand. med. O. Kaufmann.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1896.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0172

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Niere ist im menschlichen Körper so befestigt, dass normaler Weise nur ganz geringe Verschiebungen derselben möglich sind. Diese Fixation wird durch verschiedene Momente bedingt.

Das wichtigste Befestigungsmittel der Niere ist die Capsula adiposa, eine fettreiche Bindegewebsmasse, in welche die Niere eingelagert ist. Diese Hülle, die in den ersten Lebensjahren noch kein Fett enthält, sondern lediglich aus Bindegewebe besteht, stammt von der Lamina fibrosa der Fascia propria peritonei. Dieselbe teilt sich dicht vor dem Aussenrande der Niere in zwei Blätter, welche die Niere zwischen sich fassen und sich oben, unten und am Hilus derselben wieder vereinigen. Nach Englisch geht das hintere, aus derbem Bindegewebe bestehende Blatt teilweise in die Adventitia der Aorta, teilweise in die über der Pars lumbalis diaphragmatis gelegene Fascia über und dient so als eigentliches Ligamentum suspensorium renis. Mit der hintern Bauchwand hängt es nur verhältnismässig locker zusammen, während das vordere Blatt vermittels eines feinen Zwischengewebes mit dem Peritoneum innigst verwachsen ist. Mit der Tunica propria der Niere ist nun die Capsula adiposa durch lockeres Bindegewebe verbunden, dessen weite Maschen sich ungefähr vom neunten Lebensjahre an mit starken Fettmassen zu füllen beginnen. Dadurch wird die Niere in ein weiches Fettpolster

eingebettet, welches ihr nur geringe Lageveränderungen gestattet und gleichzeitig Schutz vor dem Drucke benachbarter Organe gewährt.

Noch ein weiterer Umstand, durch den die Niere einen gewissen Schutz erhält, mag hier erwähnt werden, nämlich ihre Lage neben gerade dem Teil der Wirbelsäule, der bei irgend welchen Beugungen der letzteren eine erhebliche Veränderung nicht erfährt, sondern als ein ziemlich unbewegliches Ganzes zu betrachten ist. Ueberhaupt ist die Niere namentlich gegen äussere Gewalt ja schon dadurch besonders geschützt, dass sie zum grössten Teil noch im knöchernen Thorax liegt.

Während nun die Capsula adiposa als direktes Befestigungsmittel der Niere anzusehen ist, hat man die kurzen, straffen Mesocola des Dickdarms, welche einem Herabtreten der Niere nach innen unten entgegenstehen, als unmittelbare Befestigungsmittel bezeichnet. Auch die Nierengefässe tragen durch ihre verhältnismässig starke Entwicklung zur Befestigung der Niere in etwas bei.

Ausser diesen anatomischen Momenten sind es jedoch auch noch zwei physikalische, die dem Herabtreten der Niere entgegenwirken, nämlich die Aspirationskraft des Zwerchfells und der durch die normal funktionierende Bauchpresse bewirkte intraabdominelle Druck.

Liegt nun infolge Ausfalls eines oder mehrerer dieser Faktoren eine mehr oder minder erhebliche Verschiebbarkeit und Beweglichkeit der Niere vor, so bezeichnen wir diesen pathologischen Zustand als Ren mobilis, bewegliche Niere, Wanderniere, auch Vorfall, Senkung, Dislokation, Luxation, Ectopie der Niere genannt.

Davon wohl zu unterscheiden ist die infolge eines Bildungsfehlers in ganz abnormer Gegend oder Stellung fixierte Lagerung der Niere. Letztere ist klinisch von weit geringerem Interesse, da sie völlig symptomenlos verlaufen kann.

Schon die älteren Anatomen hatten Kenntnis von dem Vorkommen beweglicher Nieren. So schreibt z. B. Riolan in seinem 1682 zu Lyon erschienenen „Manuel anatomique et pathologique": „Obgleich die Nieren stark an den Lenden befestigt sind, so können sie dennoch ihre Stellung verlassen, und zuweilen sogar bis in den Unterleib fallen, was zweifelsohne nicht ohne Gefahr für das Leben geschehen kann. Die Ursache rührt nicht nur daher, dass das die Nieren umgebende Fett schmilzt, sondern auch daher, dass die Nieren durch eine Geschwulst oder einen Stein grösser und schwerer werden, und durch ihr Gewicht nach unten gezogen werden, worauf sie in Fäulniss übergehen und voll von Abscessen werden"[1]). Doch ist es das grosse Verdienst Rayer's, gegen Mitte dieses Jahrhunderts zuerst auf die klinische Bedeutung dieser Erscheinung hingewiesen zu haben. Seitdem hat sich das allgemeine ärztliche Interesse immer mehr diesem Krankheitsbilde zugewandt, und die Zahl der veröffentlichten Fälle hat inzwischen eine ganz beträchtliche Höhe erreicht.

Pathologische Anatomie.

Gegenüber den zahlreich beobachteten Fällen von Wandernieren ist die Zahl der durch die Sektion konstatirten abnorm beweglichen Nieren eine auf-

[1]) Die Krankheiten der Niere und die Veränderungen der Harnsekretion von P. Rayer nach dem Französischen bearbeitet von S. Landmann, Erlangen 1844. p. 624.

fallend geringe. So konnte Schultze unter 3658 Obduktionen der Berliner Charité aus den Jahren 1859—66 nur 5 Fälle von beweglichen Nieren finden, Landau unter 6000 Obduktionen desselben Instituts aus den Jahren 1870—79 sogar nur 4.

Fragt man sich nach den Gründen dieser seltenen Sektionsbefunde, so ist die nächste Erklärung wohl darin zu suchen. dass die Wanderniere als solche nie zum Tode führt. Es liegt also kein Grund für den pathologischen Anatomen vor, bei jeder Sektion auf das Vorhandensein beweglicher Nieren zu untersuchen, zumal eine dislocirte uncomplicirte bewegliche Niere in der Rückenlage fast immer von selbst an ihren normalen Platz zurücksinkt. Bei durch peri- und poranephritische Abscesse, Hydronephrosen etc. complicirten beweglichen Nieren ist aber ihre Umgebung gewöhnlich so verändert, dass eine primäre Wanderniere nicht mehr konstatirt werden kann.

Ferner ist daran zu denken, dass die Erscheinungen der Wanderniere meistens in den mittlern Lebensjahren auftreten, sich später aber gewöhnlich wieder verlieren, was auf eine Ausheilung des Leidens schliessen lässt. Es werden dann also nach dem Tode gar keine oder nur geringe Veränderungen mehr vorliegen.

Hiermit seien gleichzeitig diejenigen Stimmen zurückgewiesen, welche gerade auf Grund dessen, dass an der Leiche so selten eine abnorme Beweglichkeit der Nieren festgestellt wird, das angeblich so häufige Vorkommen der Wanderniere in Abrede stellen wollen.

Landau hat die wenigen Obduktionsprotokolle, die den Befund einer Wanderniere genauer besprechen, zusammengestellt. Eine Durchsicht derselben ergiebt, dass dort, wo eine Niere dislocirt vorgefunden wurde,

dieselbe auch fast regelmässig um eine oder mehrere ihrer Axen gedreht war, so dass der Hilus bald nach oben, bald nach unten gerichtet war oder gar horizontal stand. Dabei waren die Gefässe und der Harnleiter meistens gezerrt und durch Torsion oder Knickung verengt. Das Fettgewebe der Capsula adiposa war stets, auch bei sonst geringer Abmagerung des übrigen Körpers, fast völlig geschwunden, so dass die Niere in der Capsula adiposa, wie in einem leeren Beutel hing. In mehreren Fällen erwies sich die Niere als auffallend klein, dabei zuweilen auch ihrer Struktur nach pathologisch verändert.

Aetiologie.

Die abnorme Beweglichkeit der Niere kann zwar auch auf einer ursprünglichen Bildungsanomalie beruhen, ist jedoch gewöhnlich erst durch spätere organische Veränderungen während des Lebens erworben.

Als häufigste Ursache ist besonders von Oppolzer der Schwund des Fettes der Capsula adiposa genannt. Da aber bei einer langsam verlaufenden Resorption des Fettes infolge des grossen Anpassungsvermögens der Natur eine allmähliche Schrumpfung der bindegewebigen Befestigungsmittel eintreten wird, kann eine bedeutendere Lockerung der Niere nur dann resultieren, wenn ein rascher Verbrauch der vorher reichlichen Fettmassen stattfindet. Mit der raschen Consumption des Fettes der Capsula adiposa ist natürlich eine ebensolche des Fettes in den peritonealen Anhängen und der Bauchdecke verbunden, wodurch auch die indirekten Befestigungsmittel der Niere eine Lockerung erfahren. Thatsächlich weist denn auch die Statistik nach, dass ein grosser Procentsatz der an Wanderniere

Leidenden entweder durch eine schwere, acute, fieberhafte oder eine chronische, consumierende Krankheit, wie Phthisis, Carcinom, eine bedeutende Abnahme ihres Körpergewichtes erfahren hatten.

Ein weiteres wichtiges ätiologisches Moment der Wanderniere ist in einer erheblichen Erschlaffung der Bauchpresse zu suchen, wie sie bei Frauen durch schnell aufeinander folgende Geburten, unzweckmässiges Verhalten während des Wochenbetts, grosse Geschwülste der innern Genitalien bedingt ist. Bei starken Anstrengungen, Heben schwerer Lasten, Pressen beim Stuhlgang infolge Obstipation u. a., kann dann die erschlaffte Bauchdecke dem vermehrten thoracischen Drucke das Gleichgewicht nicht mehr halten und es steht infolge dessen der Senkung der Nieren nur ein geringer Widerstand entgegen. So befanden sich unter 42 von Landau beobachteten Fällen von Wanderniere nur 2 Nulliparae, von denen die eine aber einen grossen Ovarientumor 18 Jahre lang getragen und nach der vorgenommenen Exstirpation einen Hängebauch acquirirt hatte.

Becquet glaubt, dass bei einigen Frauen die Menstruation mit einer Hyperämie und Anschwellung der Nieren verbunden wäre, und dass es durch das häufige An- und Abschwellen der Niere schliesslich zu einer Auflockerung und Erschlaffung des umliegenden Gewebes und besonders des Bauchfells komme, die eine Nierensenkung sehr begünstige. Virchow spricht sich jedoch gegen diese Annahme aus.

Mehr Anspruch auf Wahrscheinlichkeit haben die Angaben Landau's, nach denen Senkungen, Vorfälle und Inversionen der Vagina und des Uterus durch direkten Zug am Peritoneum ein Herabtreten der Nieren begünstigen sollen. Diese genannten Krank-

keiten, sowie alle grösseren Tumoren der Genitalien können auch durch Zerrung oder direkte Compression des Ureters eine Hydronephrose bewirken, welche ihrerseits eine Zerrung und Lockerung der Nierenkapsel zur Folge haben würde. Den Hydronephrosen gleich würden auch alle Tumoren der Niere wirken.

Angeführt sei noch, dass Rayer und Bonnet einen Fall berichten, wo durch Tumoren der Nebenniere resp. des Pankreas eine Dislokation der Niere erfolgt war.

Als rein mechanische Ursachen der Wanderniere sind Traumen, wie heftiger Stoss gegen die Nierengegend, Fall von einem Wagen etc. häufiger festgestellt. Es ist ja leicht erklärlich, dass durch dergleichen heftige Gewalteinwirkungen ein Abreissen der Nierenkapsel erfolgen kann. Die immer wiederkehrenden starken Hustenstösse bei lange andauernden Brustleiden sind als wiederholte Traumen anzusehen und können eine allmählich zunehmende Beweglichkeit der Nieren zur Folge haben. Diesen ähnlich wirken häufiges schweres Heben und Tragen, starkes Drängen beim Stuhlgang und ähnliche Gelegenheiten, die mit einem plötzlichen oder starken Herabdrängen des Zwerchfelles verbunden sind. Wie schon oben erwähnt, können all diese Momente um so leichter eine Dislokation der Niere herbeiführen, je mehr der intraabdominelle Druck durch Erschlaffung der Bauchpresse vermindert ist.

Cruveilhier und andere legen endlich noch dem starken Schnüren der Frauen eine für die Entstehung der namentlich rechtsseitigen Wanderniere ätiologische Bedeutung bei. Die durch das Schnüren nach unten gepresste Leber soll ein Herabdrängen der Niere und dadurch eine Verlängerung und Lockerung ihrer Be-

festigungsmittel zur Folge haben. Wenn ja auch die Möglichkeit einer solchen Wirkung zugegeben werden muss, so ist doch jedenfalls die der so allgemein verbreiteten Unsitte starken Schnürens gegenüber immerhin verhältnismässig geringe Anzahl der Fälle von Wanderniere auffallend.

Symptomatologie.

In manchen Fällen, namentlich dann, wenn die abnorme Beweglichkeit allmählich entstanden ist, ruft die Wanderniere gar keine oder nur geringe klinische Erscheinungen hervor. Die betreffenden Personen merken wohl bei starken Anstrengungen, beim Husten, beim Stuhlgang oder in unbequemen Lagen einen gelinden Druck, ein eigentümliches Ziehen im Hypochondrium, wissen sich aber leicht zu trösten, indem sie diese Erscheinung auf ein Verheben, versetzte Blähungen, einen leichten Magenkatarrh und dergleichen schieben. Durch Zufall fühlen sie dann gelegentlich eine Geschwulst unter dem Rippenbogen und erst dadurch beunruhigt, suchen sie ärztliche Hilfe auf.

Häufig jedoch führt die bewegliche Niere zu erheblichen Beschwerden. Manche Patienten sind von einer allgemeinen Gemütsverstimmung und krankhaften Empfindlichkeit befallen. Bei anderen sind die Beschwerden mehr neuralgischer Natur, ziehende und drückende Schmerzen im Unterleibe, welche ins Epigastrium, in die Kreuz- und Lendengegend ausstrahlen und einen kolikartigen Charakter annehmen können. Auch Cruralneuralgien, selbst Ischias ist beobachtet worden. Bei wieder andern treten mehr vom Verdauungstractus ausgehende Symptome hervor, Uebelkeit, häufige Brechneigung, Bedürfnis zu öfterem

Uriniren und Schmerzen beim Harnentleeren. Alle diese Beschwerden werden hervorgerufen oder gesteigert durch langes Stehen, Gehen, Fahren, Reiten, Drängen beim Stuhlgang, während sie sich bei ruhiger Rückenlage vermindern oder ganz verschwinden. Ihre Erklärung finden sie in einer Zerrung der Nerven. Der Plexus renalis steht in direkter Verbindung mit dem ganzen Bauchteil des Sympathicus. Reizungen des ersteren müssen sich also auf die mit ihm verbundenen Ganglien fortpflanzen, die ihrerseits dieselben strahlenförmig weiterschicken. Die Cruralneuralgie würde durch Druck der Niere auf den Plexus lumbalis zu erklären sein.

Noch andere schwere Symptome sollen durch Druck der dislocirten Niere auf benachbarte Organe hervorgerufen werden können, durch Compression der Vena cava Oedem der Unterextremität, ja sogar Thrombose dieser Vene mit ihren eventuellen üblen Folgen, durch Compression des Darmes Obstipation(?), die wiederum Typhlitis und Perityphlitis hervorrufen könnte. Auch Magenektasie, sowie Ikterus sollen entstehen können durch Druck auf die Pars descendens duodeni resp. die Gallengänge.

In einzelnen Fällen treten nun periodisch stärkere Anfälle der Beschwerden auf. Da bei den Frauen solche Anfälle zuweilen mit der Menstruation verbunden sind, während sie nach derselben und in der klimakterischen Periode gänzlich nachlassen, so muss man einen vasomotorischen Zusammenhang zwischen Genitalien und Nieren, bezw. zwischen Plexus ovaricus und renalis vermuten.

Eine andere Art besonders heftiger Anfälle hat Dietl als Einklemmungserscheinungen der Wanderniere bezeichnet. Dieselben bestehen in einem plötz-

lich auftretenden heftigen Schmerze, unter Frösteln, welches sich bis zum Schüttelfrost steigern kann. Dabei besteht grosse Druckempfindlichkeit und Spannung des Abdomen, geringes Fieber, Erbrechen und allgemeine Kollapserscheinungen. Es wird ein sparsamer hochgestellter Harn entleert. In der Gegend der vorgefallenen Niere lässt sich eine grosse Geschwulst palpieren. Nach ein bis zwei Wochen verliert sich diese Geschwulst, nachdem die bedrohlichen Erscheinungen schon am vierten bis sechsten Tage ihren Höhepunkt erreicht haben. Hierauf findet die Excretion eines hellen, reichlichen Harnes statt.

Nach Dietl entstehen diese Erscheinungen durch eine circumscripte peritonitische und paranephritische Entzündung, hervorgerufen durch Irritation und Circularisationsstörungen infolge Incarceration der Niere in dem umgebenden Bindegewebe und Peritoneum.

Gilewski führt die Einklemmungserscheinungen zurück auf eine durch Harnretention bedingte Nephritis und Pyelitis. Diese Harnretention soll bewirkt werden durch Compression des Ureters gegen die Wirbelsäule seitens des untern Endes der luxierten Niere.

Hiergegen wendet sich jedoch Mosler auf Grund eines von ihm beobachteten Falles und eines zufälligen Obduktionsbefundes an dem hiesigen pathologischen Institute. Bei einem nach einer Unterschenkelamputation an doppelseitiger Pneumonie gestorbenen Mädchen wurde nämlich diejenige Lageveränderung der rechten Niere gefunden, welche Gilewski für die Einklemmung der beweglichen Niere supponirt. Der Abfluss des Harnes war aber nie behindert gewesen, überhaupt irgend welche Veränderungen in dem Ureter oder der Niere nicht zustande gekommen, trotzdem sie durch die darüber lagernde Leber in dieser Lage

fixirt war. Der ersterwähnte Fall betraf einen seit mehreren Jahren mit einer traumatischen Wanderniere behafteten Patienten. Bei demselben traten häufiger ganz plötzlich ohne nachweisbare Ursache, mitunter bei ganz ruhiger Rückenlage nachts im Bett, heftige kolikartige Krampfanfälle auf. Der Harn des Patienten war trübe, sauer reagierend, und enthielt viel Eiweiss und eine grosse Zahl Eiterkörperchen, nicht nur zur Zeit der Anfälle, sondern auch ausserhalb derselben. Mit der Steigerung dieser abnormen Harnbeschaffenheit nahmen auch die Anfälle an Heftigkeit zu.

Mosler nahm nun auf Grund der Harnbeschaffenheit eine durch Zerrung der Niere entstandene Nephritis und Pyelitis an, und erklärte die hier auftretenden Einklemmungserscheinungen so, dass dieselben jedesmal durch eine Verstopfung des Ureters durch einen Eiter- oder Schleimpfropf hervorgerufen seien. Es würde also fraglich sein, ob die in dem von Gilewski mitgeteilten Falle erwähnten acute Pyelitis, wie er annahm, die Folge, oder nicht etwa die Ursache der Erscheinungen gewesen sei.

In neuerer Zeit hat nun Landau die Einklemmungserscheinungen erklärt als die Folge einer intensiven localen Circulationsstörung. Dieselbe soll bedingt sein durch Torsion oder Abknickung der Nierenvene infolge der Lageveränderung und Axendrehung der Niere. Danach würde die bei solchen Einklemmungserscheinungen auftretende abnorme Schwellung der beweglichen Niere eine venöse Stauungsschwellung sein. Die erst herabgesetzte, dann nach einigen Tagen wieder normale Harnsekretion würde darauf beruhen, dass die eine Niere zunächst ausser Funktion gesetzt, durch Ausbildung eines collateralen venösen Kreislaufes ihre Funktion würde wieder übernehmen können.

Die lokalen Schmerzen würden auf die Dehnung der Nierenkapsel zurückzuführen, die Allgemeinerscheinungen als urämische anzusehen sein. Da ja für die ausser Funktion gesetzte Niere die andere nicht so plötzlich und schnell vikariirend eintritt, so wird es also für kürzere Zeit zu einer urämischen Intoxication kommen müssen, bis die erkrankte Niere selbst wieder in Thätigkeit tritt.

Diagnose.

Schon die Anamnese wird in vielen Fällen das Vorhandensein einer beweglichen Niere vermuten lassen. Da jedoch die subjektiven Erscheinungen ebenso gut auf andern Krankheiten, Hypochondrie, Kolik, Hysterie oder den verschiedenartigsten Neuralgien beruhen können, so darf nur das Fühlen der Niere als ein entsprechend grosser und geformter, beweglicher Tumor unterhalb des Rippenbogens, oder weiter nach dem Nabel oder der Leistengegend zu die Diagnose auf Wanderniere rechtfertigen und sichern. Die Lage der Patienten während der Untersuchung kann eine verschiedene sein, Rücken-, Seiten- oder Knieellenbogenlage. Am sichersten untersucht man bimanuell, indem man der palpirenden Hand mittels der andern die Lumbalgegend entgegendrückt. Ein anderes Verfahren wird namentlich bei nur geringen Graden der Beweglichkeit zum Ziele führen. Man lässt den Patienten Rückenlage einnehmen und umgreift die Lende der betreffenden Seite so, dass der Daumen vorn, die andern Finger hinten dicht unter den Rippen angelegt sind. Auf der Höhe einer tiefen Inspiration greift man stark zu und fängt nun bei erfolgender Exspiration die durch die Inspiration herabgedrängte Niere ab.

Es sind nun in einzelnen Fällen Verwechselungen der Wanderniere mit andersartigen Tumoren vorgekommen. Vor solchen Irrtümern wird man sich mit ziemlicher Sicherheit hüten können, wenn man sich über die charakteristische Form der Niere, ihre glatte Oberfläche und ihre derbe, etwas elastische Consistenz Gewissheit verschafft. Ausserdem wird es in vielen Fällen gelingen, durch die Perkussion, unter günstigen Bedingungen auch durch die Inspektion dasFehlen der Niere an normaler Stelle nachzuweisen.

Prognose.

Die Wanderniere gestattet quoad vitam eine durchaus gute Vorhersage. Nur ein einziger Fall ist von Rayer veröffentlicht, der infolge von hinzugetretener chronischer Peritonitis letal endigte. In Bezug auf die Beschwerden hingegen darf man den Patienten nicht allzu günstige Versprechungen machen, da die Erscheinungen sehr hartnäckig sein und mit den verschiedensten Schwankungen Jahre lang fortbestehen können. Im späteren Alter nehmen dieselben freilich häufig ab oder verschwinden ganz. Besonders günstig wird sich der Verlauf der Krankheit in denjenigen Fällen gestalten, wo die Beweglichkeit auf einer raschen Consumption des Nierenfettes infolge einer acuten schweren Krankheit beruht, da ja mit der allmählichen Wiederherstellung des Fettpolsters die Beweglichkeit und damit auch alle Beschwerden nach und nach schwinden werden.

Therapie.

Die Behandlung der Wanderniere hat zunächst diejenigen Momente zu berücksichtigen, welche eine Verschlimmerung der Beschwerden herbeiführen können.

So sind alle übermässigen Körperbewegungen und Anstrengungen zu verbieten, namentlich ist Chlorotischen, bei denen die Menstruation mit vermehrten Beschwerden verbunden ist, für diese Zeit möglichste Ruhe anzuempfehlen. Bei Obstipation muss durch entsprechende Diät, gelinde Abführmittel oder Klysmata für leichten Stuhlgang gesorgt werden.

Die Indicatio morbi forderte, die von ihrem Orte entfernte Niere wieder zu reponiren und dann in ihrer normalen Lage festzuhalten. Die Reposition erfolgt meistens spontan in ruhiger Rückenlage, sonst gelingt dieselbe durch einen gelinden Druck der Hand auf die Niere von vorn und unten nach hinten und oben. Bei frischen, namentlich durch einmaliges Trauma bedingten Fällen wird nach erfolgter Reposition eine länger dauernde horizontale Rückenlage zur Heilung führen. Sonst sind Bandagen und Stützapparate in Anwendung zu ziehen, die den Zweck haben, durch Vermehrung des intra abdominellen Drucks den Bauchcontenta einen festen Halt zu geben. Besonders empfehlenswert scheinen mir die von Landau angegebenen verlängerten Corsets zu sein, durch die gleichsam künstliche Bauchdecken geschaffen werden. Bei mageren Individuen wird oft eine systematische Mastkur einen gewissen Erfolg haben, indem ja durch Fettablagerung sowohl die Schlaffheit der Capsula adiposa als auch die der Bauchdecken vermindert wird.

Eine symptomatische Behandlung wird nur augenblickliche Linderung heftiger Beschwerden und namentlich einen psychischen Einfluss zum Zwecke haben können. Besonders bei hypochondrisch angelegten Patienten wird man gut thun, nicht alle medicamentöse Behandlung von der Hand zu weisen. Ausserdem

wird es oft von Nutzen sein, solche Patienten darauf hinzuweisen, dass die vermeintlich bösartige Geschwulst im Leibe im Laufe der Jahre sicher nicht wachsen würde, wovon sie sich in den meisten Fällen ja selbst zu ihrer Beruhigung überzeugen können.

Bei hochgradigen Beschwerden, wo Bandagen nicht zum Ziele führen, und den Kranken oft jeder Lebensgenuss geraubt wird, hat man in neuerer Zeit die Nephrorhaphie ausgeführt und wirklich in den meisten Fällen dauernde Heilung erzielt.

Namentlich auf Keppler's Empfehlung hat man auch einige Male die Exstirpation einer Wanderniere vorgenommen, ein Verfahren, das jedoch heute wegen der direkt dadurch bedingten Lebensgefahr allseitig verurteilt wird. Nur bei anderweitiger schwerer Erkrankung der Wanderniere, oder in Fällen, wo eine erfolgreiche Nephrorhaphie nicht ausführbar ist, darf die Exstirpation in Anwendung gebracht werden.

Statistik.

Am häufigsten wurde das Leiden bei Kranken im Alter von 30—40 Jahren beobachtet. Nach einer Zusammenstellung Landau's fallen auf diese Jahre 43%, nach Beobachtungen Canti's 20%.

Die rechte Niere wird bei weitem häufiger abnorm beweglich gefunden, als die linke.

					rechts-	links-	doppelseitige Wandernieren
Landau	erhielt	in	178	Fällen	152	12	14
Conti	„	„	146	„	116	4	26
Ebstein	„	„	91	„	65	14	12
Lancereaux	„	„	43	„	31	5	7
Have	„	„	23	„	18	5	—
			481		382	40	59

Für dieses auffallende Verhältnis sind die verschiedensten Gründe angeführt, doch kommen alle Autoren schliesslich darin überein, dass es noch nicht hinreichend aufgeklärt sei, warum gerade die rechte Niere viel häufiger beweglich wird, wie die linke.

Leichter begreiflich erscheint es mit Rücksicht auf die ätiologischen Momente, warum besonders die Frauen gegenüber den Männern viel häufiger mit diesem Leiden behaftet sind.

Das diesbezügliche Verhältnis der Frauen zu den Männern ist nach Dietl wie 100 : 1, nach Rosenstein wie 100 : 18. Dem letzteren entsprechen auch die meisten andern Angaben.

Zusammenstellung von	Anzahl der Fälle	Frauen	Männer
Landau	97	87	10
Ebstein	96	82	14
Fritz	35	30	5
Lancereaux	64	55	9
Have	23	20	3
	315	274	41

Hervorgehoben sei noch die sehr umfangreiche Zusammenstellung von T. M. Rotch. Nach derselben waren von 1322 Fällen 77 % rechtsseitige Wandernieren und 86 % der Patienten Frauen.

Im Anschluss hieran sei es mir nun gestattet, zwei Fälle von doppelseitiger Wanderniere zu veröffentlichen, die ich durch die besondere Güte meines hochverehrten Lehrers, des Geheimen Medicinal-Rats Herrn Prof. Dr. Mosler in der hiesigen medicinischen Klinik zu beobachten Gelegenheit hatte.

Krankengeschichten.

I. Fall: Frau A. aus Abtshagen, 25 Jahre alt. Der Vater lebt, ist stets gesund gewesen, wurde nur einmal wegen eines Geschwürs im Leibe operirt. Die Mutter ist an Lungenentzündung gestorben. Dieselbe war immer kränklich, wurde vor drei Jahren wegen eines Geschwürs im Unterleibe operirt und hat später noch eine Brustfellentzündung durchgemacht. Der älteste Bruder der Patientin ist ein Jahr brustkrank gewesen, die andern acht Geschwister sind alle gesund. In ihrer Jugend hat Patientin die Masern und eine Lungenentzündung durchgemacht, ausserdem viel an Husten gelitten. Die menses traten bei ihr im 16. Lebensjahre ein. Anfangs regelmässig blieben sie im 18. Jahre nach einer Erkältung ein halbes Jahr aus. Im vorigen Jahre machte Pat. eine schwere Geburt durch, die 24 Stunden dauerte. Das Kind blieb am Leben. Das Wochenbett dauerte 14 Tage. Danach war Patientin sehr matt, hatte Schmerzen im Leibe und im Kreuze, ausserdem das Gefühl, „als wenn etwas aus dem Leibe heraus wollte“. Sie war auch nervös, erregt, hatte Schwindel und schlechten Schlaf. Die menses waren stark, unregelmässig und mit Schmerzen verbunden. Ein konsultirter Arzt konstatirte eine retroflexio uteri und legte ein Thomas-Pessar ein. Pat. litt ferner an Schmerzen in der Magengegend, besonders nach dem Essen, sie hatte das Gefühl, „als wenn die Speisen nicht in den Magen könnten und im Magen ein Stein läge“. Vor $1^1/_2$ Jahren erbrach Pat. plötzlich dunkles Blut. Später zeitweise Erbrochenes enthielt keine blutige Beimischung. Vor 6 Wochen wiederholte sich das Blutbrechen, auch will Pat. bemerkt haben, dass der Stuhlgang seit jener Zeit immer schwärzlich ausgesehen habe. Vor 4

Wochen bekam Pat. plötzlich eine Anästhesie und Mobilitätsstörung der linken Körperhälfte mit Ausnahme des Gesichts, die nach einer Woche wieder verschwand. Da die Magenschmerzen nicht nachliessen, und auch die retroflexio uteri der Patientin beständig Beschwerden verursachte, suchte sie am 11. XI. 95. die hiesige medicinische Klinik auf.

Patientin ist eine mittelgrosse, schlanke Person von gracilem Körperbau und mässig entwickeltem Fettpolster. Der Gesichtsausdruck ist leidend, die sichtbaren Schleimhäute leicht anämisch, keine Oedeme, keine Exantheme. Temperatur morgens 36,8, abends 37,1.

Die von Pat. angegebene Nervosität macht sich nicht sehr geltend. Kopfschmerzen bestehen nicht, keine sensiblen, keine motorischen Störungen. Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits lebhaft, die Bauchdeckenreflexe normal. Die Pupillen, von mittlerer Weite, reagieren beiderseits gleich auf Lichteinfall. Sinnesorgane normal.

Pat. hat einen bittern Geschmack im Munde, kein Aufstossen, kein Erbrechen. Nach dem Essen besteht oben angegebenes Gefühl. Die Zunge ist leicht belegt, das Gebiss, namentlich oben, ziemlich defekt. Das Abdomen weist viele striae auf, ist etwas vorgewölbt und überall druckempfindlich, namentlich in der Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz. Unter beiden Rippenbogen fühlt man ziemlich deutlich je einen derben, rundlichen, etwas über hühnereigrossen Tumor, welcher nach Form und Grösse als die Niere angesprochen werden muss. Dieselbe lässt sich mit Leichtigkeit in die Nierengegend zurückdrängen. Die rechte Niere ist etwas deutlicher verschiebbar, als die linke, lässt sich nach unten bis zur Höhe der spina ant. sup., medianwärts bis drei Querfinger vor den

Nabel drängen, die linke Niere ist etwa bis zwei Querfinger oberhalb der spina ant. sup. und vier Querfinger ausserhalb des Nabels zu bewegen. Starke Berührung verursacht Schmerzen beiderseits. Die Grenze der Leberdämpfung liegt oben in der Parasternallinie am untern Rande der sechsten Rippe, in der Mammillarlinie im sechsten Intercostalraum. Der untere Rand überragt in der Mammillarlinie den Rippenbogen etwas, in der Medianlinie ist er in der Mitte zwischen Nabel und processus xyphoideus gelegen. Die Höhe des rechten Lappens beträgt 11½ ctm. Der linke Lappen lässt sich 6 ctm über die Medianlinie hinaus perkutieren. Milzdämpfung ist nicht nachzuweisen. Das Litten'sche Zwerchfellphänomen entspricht rechts der angegebenen Lebergrenze, links 1 ctm tiefer. Auch bei tiefster Inspiration bleibt die Schattenlinie in der Mammillarlinie rechts 4, links 3 Querfinger oberhalb des Rippenbogens stehen.

Thorax zeigt leichtes Pectus carinatum. Angulus Ludowici und die zweiten Rippenknorpeln etwas vorspringend. Fossa supraclavicularis etwas gegen das ingulum hin eingesunken. Die Perkussion ergiebt überall vollen, lauten Schall, die Auskultation überall vesikuläres Atmen ohne Nebengeräusche. Es besteht ganz geringer Husten, welcher ein spärliches, weisses Sputum hervorbringt. Der Herzspitzenstoss ist im 5. Intercostalraum fühlbar, ein- und abwärts von der papilla mammillaris. Herzdämpfung normal, Herztöne etwas leise, aber rein. Puls regelmässig, ziemlich voll und kräftig, 96 Schläge in der Minute.

Der Urin wird ohne Beschwerden entleert, Menge normal, Farbe gelb, klar, spezifisches Gewicht 1028, Reaktion sauer, kein Eiweiss, kein Zucker. Die Exploratio per vaginam ergiebt starken fluor albus, retroflexio uteri, das Pessar liegt schief.

Diagnose: Ulcus ventriculi, Retroflexio uteri, Hysteria, Ren mobilis dexter et sinister.

Prognose: dubia.

Therapie: Reizlose, kräftige Diät, Karlsbader Salz auf den nüchternen Magen, Tinctura chinae composita.

15. 11. Patientin hat heftige Durchfälle und Magenschmerzen, erhält abends Opium.

17. 11. In Narkose wird die retroflexio uteri beseitigt und ein Pessar eingelegt.

19. 11. Das Pessar wird wieder herausgenommen, weil Pat. grosse Schmerzen hat. Pat. klagt ausserdem über Schmerzen in der Kreuzbeingegend und in den Unterschenkeln. Dieselben werden täglich faradisirt.

21. 11. Wegen ihrer starken menses erhält Pat. Extract. fluid. hydrast. canad. und Bettruhe.

28. 11. Der Pat. wird, da sie über erneute Schmerzen im Unterleibe und Rücken klagt, ein Pessar eingelegt und geraten, sich die Nieren festnähen zu lassen, da hauptsächlich von diesen die Schmerzen ausgingen.

30. 11. Das Pessar sitzt gut und erleichtert der Pat. die Beschwerden, die von der retroflexio uteri herrühren. Rückenschmerzen und Magenschmerzen noch vorhanden, ebenso die Schmerzen in den Unterschenkeln. Da Patientin sich nicht dazu entschliessen kann, sich die Nieren festnähen zu lassen, und sonst keine Besserung ihrer Beschwerden hofft, verlässt sie die Klinik am 30. XI. 95.

II. Fall: Patientin ist die 52jährige Näherin Charlotte R. aus Wolgast. Sie ist hereditär nicht belastet. Menses waren regelmässig, sistiren seit 7 Jahren. Pat. hat nie geboren. Schon als junges

Mädchen klagte sie über Beschwerden in der Herzgrube und „Quälen vor der Brust". Trotz ärztlicher Behandlung hat sich das Leiden nie recht gebessert. Seit etwa 3 Jahren klagt Pat. über drückende, quälende Schmerzen, namentlich in der linken Milz- und Nierengegend. Rechts sind die Beschwerden etwas geringer. Oft fühlt Pat., „als ob ein Organ in ihrem Leibe bei verschiedener Körperhaltung seine Lage wechsele". Mit zunehmenden Schmerzen suchte Pat. am 20. X. 95 die hiesige medicinische Klinik auf.

Pat. ist von mittlerer Grösse, ziemlich kräftigem Knochenbau, gutem Ernährungszustande. Die Haut ist zartweiss, feucht und warm. Wangen und sichtbare Schleimhäute leicht gerötet. Bei der Betrachtung der vorderen Brust und Bauchfläche fällt eine ziemlich beträchtliche Schnürfurche in der Taille auf, so dass der zusammengeschnürte untere Thorax im auffallenden Gegensatze steht zu dem ausserordentlich breiten Becken. Körpergewicht 48½ kg, Temperatur 36,8°.

Kopfschmerzen und Schwindel sind nicht vorhanden. Der Schaf ist häufiger unterbrochen. Die Patientin klagt über Ziehen im Leibe, allgemeines Unbehagen, über kribbelnde Schmerzen in Händen und Füssen.

Der Appetit ist mässig. Aufstossen und Erbrechen bestehen nicht. Stuhl war stets verstopft, ohne auffallende Färbung. Zunge leicht belegt, Zähne schlecht gepflegt vielfach cariös, die Inspektion des Abdomen ergiebt nichts Auffallendes. Man fühlt unter dem rechten Rippenbogen bei tiefen Athemzügen den Leberrand. Die Leberdämpfung misst in ihrer grössten Höhe in der Mammillarlinie 9 cm. Sie überragt die Medianlinie nach links um 8½ cm. Die Milz ist nicht

deutlich zu fühlen, sie erscheint vergrössert, reicht fingerbreit über die vordere Axillarlinie hinaus, ihre Höhe in der mittleren Axillarlinie 5 cm. Unter dem rechten Rippenbogen zwischen Nabel und rechter Spina ant sup. fühlt man in Rückenlage deutlich einen rundlichen, platten Tumor von derbelastischer Konsistenz und grosser Beweglichkeit. Man kann ihn bis an die Medianlinie heranbewegen, auch gelingt es ihn unter den Brustkorbrand zu drängen, sodass nichts mehr von ihm zu fühlen ist. Nimmt man jedoch die Fingerspitzen, die ihn in die Höhe gedrängt, zurück, so fällt er sofort wieder in die erst erwähnte Lage zurück. Der Tumor hat eine nach aussen und unten gerichtete Convexität, der obere Rand ist mehr gerade. Der Tumor wird als die rechte bewegliche Niere angesprochen. Die Niere ist nicht sehr empfindlich, das eigentümliche Druckgefühl vergleicht Pat. mit der Empfindung bei Druck auf die Ovarien. Legt man die Pat. in rechte Seitenlage, das linke Bein in Flexionsstellung, so gelingt es, auch eine Beweglichkeit der linken Niere zu konstatieren. Man legt die rechte Hand unter die Nierengegend und drückt auf die Niere, welche sich deutlich den Fingerspitzen der auf den vorderen Bauchdecken liegenden linken Hand nähert. Man fühlt deutlich den convexen Rand der Niere. Die Perkussion bestätigt den Befund. Bei der Inspektion des Rückens fallen beiderseits an der Stelle des normalen Sitzes der Nieren zwei Einsenkungen auf.

Die Herztöne sind rein bis auf ein leichtes systolisches Geräusch an der Mitralis.

Die Inspektion des Thorax lässt das Litten'sche Zwerchfellphänomen sehr deutlich erkennen. Auscultation und Perkussion ergeben normale Verhältnisse.

Der Harn ist von normaler Beschaffenheit, weist nur einmal nach längerer Palpation eine Spur Eiweiss auf.

Diagnose: Doppelseitige Wanderniere.

Therapie: Zur Besserung des subjektiven Befindens der Patientin wird ihr eine Bandage genau angepasst, welche darin besteht, dass Pelotten das Heruntertreten der Nieren verhindern. Die Pat. fühlt sich hierauf bedeutend erleichtert und wird auf ihren Wunsch am 28. September nach Hause entlassen.

Patientin stellt sich am 8. November nochmals vor. Die Bandage gewährt ihr dauernde Erleichterung.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, dem Geheimen Medicinalrat Herrn Prof. Dr. Mosler für die gütige Ueberweisung dieses Themas meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

P. Conti, contributo allo studio della Nephroptosi 1891.
Dietl, Wandernde Nieren und deren Einklemmung. Wiener med. Wochenschr. 1864.
L. Landau, Die Wanderniere der Frauen. Berlin 1881.
Fr. Mosler, Ueber sogen. Einklemmung beweglicher Nieren. Berliner klin. Wochenschr. 1866.
P. Rayer, Die Krankheiten der Nieren. Erlangen 1844.
T. M. Rotch, a case of double movable Kidney. 1892.
M. Schultze, Ein Beitrag zur Casuistik der beweglichen Nieren. Berlin 1867.
A. Strümpell, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Leipzig 1894.
Virchow's Archiv für pathologische Anatomie.

Lebenslauf.

Clemens Zumbroich, kath., Sohn des Betriebsführers Karl Zumbroich zu Bredelar in Westfalen und dessen Ehefrau Walburga geb. Bredenoll, wurde geboren am 24. November 1870 zu Bonenburg in Westfalen. Nach Absolvirung der Elementar- und Rektoratschule zu Nieder-Marsberg trat er Ostern 1884 in die Obertertia des Kgl. Gymnasiums zu Paderborn ein, welche Anstalt er Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er widmete sich zunächst dem Studium der Theologie an der Kgl. Academie zu Münster und der Bischöfl. philos.-theolog. Lehranstalt zu Paderborn, trat aber Herbst 1892 zum Studium der Medizin über. Zu diesem Zwecke wurde er an der Kgl. Universität zu Greifswald Michaelis 1892 immatrikulirt, allwo er Ostern 1894 das Tentamen physicum bestand. Ostern 1895 bezog er die Kgl. Bayerische Universität zu München, kehrte jedoch im folgenden Herbst nach Greifswald zurück. Am 9. März bestand er das Tentamen medicum, am 19. März das Examen rigorosum.

Während seiner bisherigen medicinischen Studien besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herrn Professoren und Docenten:

in **Greifswald:**

Ballowitz, Gerstaecker†, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Holtz, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, v. Preuschen, O. Schirmer, Schmitz†, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

In **München:**

Angerer, Oeller, Posselt, v. Ranke, Ziegenspeck, v. Ziemssen.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Nephrorhaphie bei Wanderniere wird nur durch hochgradige Beschwerden indicirt.

II.

Zur Vermeidung von Schluck-Pneumonie bei Operationen in der Mund- und Nasenhöhle ist die kombinirte Narkose das beste Verfahren.

III.

Bei soporösen Krankheiten ist häufiger Lagewechsel der Kranken vorzunehmen.